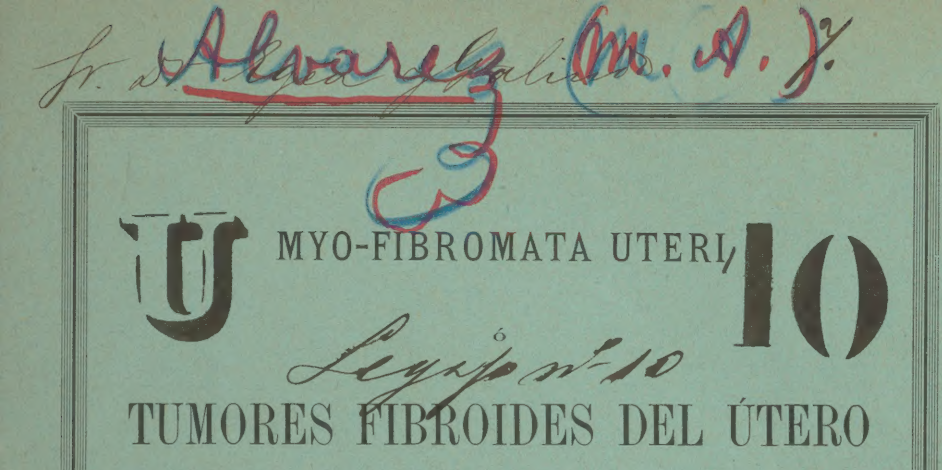


MYO-FIBROMATA UTERI,

ó

TUMORES FIBROIDES DEL ÚTERO

POR

MIGUEL A. ALVAREZ

Doctor en Medicina de la Facultad de Nueva-York; antiguo Cirujano interno
del Hospital de Caridad de Nueva-York;
asistente de la clínica de enfermedades de mujeres en Woman's
Hospital Nueva-York;
miembro de la Facultad de Medicina de Nicaragua.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

CALLE DE LERDO NUMERO 2.

1876

TÉSIS

PRESENTADA

Á LA FACULTAD DE MEDICINA DE MÉXICO

MYO-FIBROMATA UTERI

Ó

TUMORES FIBROIDES DEL ÚTERO

POR

MIGUEL A. ALVAREZ

Doctor en Medicina de la Facultad de Nueva-York; antiguo Cirujano interno
del Hospital de Caridad de Nueva-York;
asistente de la clínica de enfermedades de mujeres en Woman's
Hospital Nueva-York;
miembro de la Facultad de Medicina de Nicaragua.



MÉXICO

IMPRENTA DE FRANCISCO DIAZ DE LEON

CALLE DE LERDO NUMERO 2.

1876

TUMORES FIBROIDES DEL ÚTERO.

MYO-FIBROMATA.

Durante los últimos veinte años, un atentado vigoroso se ha hecho en el terreno de la ginecología para estudiar de una manera clara, el carácter de los tumores fibrosos del útero. Los importantes trabajos hechos sobre esta materia por los primeros ginecologistas, como Simpson, Wells, Brown y Clay en la Gran Bretaña; Simon, Esmarch, Ulrich en Alemania; y Sims, Atlee, Emmet y Peaslee en los Estados-Unidos, han dado un resultado favorable, haciendo más comprensible el carácter de estos tumores.

*
* *

HISTORIA.—La parenquima del útero está sujeta á sufrir hipertrofias locales, de las cuales resultan dos variedades de tumores; el fibroso y el cístico- fibroso. Los escritores antiguos denominaban esta clase de tumores *tubércula, steatomata, sarcomata,* etc. En estos

últimos años el microscopio con sus maravillosas revelaciones, ha dado una idea más exacta sobre su naturaleza, y se les llama *tumores fibrosos, fibroides-uterinos, fibromata,* y más recientemente Virchow los llama *myoma.* He adoptado el nombre que Bilroth y Klob han enseñado, porque estos tumores consisten esencialmente en la hipertrofia de la sustancia muscular del útero: fibroide (*fibrosus* y Σιδος) representa el tejido fibroso. Nada se sabia de la historia de estos tumores, hasta que William Hunter, quien escribió á la conclusion del último siglo, dió alguna luz sobre el asunto; pero su verdadera naturaleza no se conocia aún, pues generalmente los confundian con los tumores malignos: él los describió bajo el nombre de *tubérculos carnosos.* Poco despues Chambon, Baillie y otros, dieron más atencion á la materia, y el asunto fué más dilucidado. Charles Clark escribió en 1814 un excelente tratado sobre ellos.

Sorprendente como es, que se les confundiese con los tumores malignos, el Dr. Ashwell en 1844 pudo determinar su verdadera naturaleza, aunque su razonamiento no tuvo el éxito suficiente para convencer á todos los escritores de la época. La cuestion de si estos tumores acaban por sufrir una degeneracion cancerosa ó no, ha dado orígen á opiniones diferentes. Bayle y Lobstein han declarado que jamas sufren tal degeneracion, y esta opinion es apoyada por Cruveilhier y Lebert, pero Kiwisch, Atlee y Simpson, creen que la degeneracion maligna ocurre en algunos casos. Klob en 1862 presentó al Museo de Salzburg un caso muy singular de un tumor fibroide del tamaño de la cabeza de un niño, situado en las paredes posteriores del útero; el carcinoma decididamente se habia desarrollado ya.

Los tumores fibroides del útero pueden ser simples ó múltiples; generalmente tienen un tamaño regular, aunque algunas veces su tamaño es sorprendente; Courty habla de uno que pesaba 50 libras, y Dupuytren de otro que pesaba 25. El Dr. Thomas exhibió en la Sociedad Patológica de Nueva-York el útero de una negra que contenia 35 tumores de diferentes tamaños.

Estos fibroides pueden desarrollarse en cualquiera parte del útero,

pero generalmente se encuentran en el fondo ó cuerpo; rara vez en la *cervix*. Pueden aparecer en la parte exterior, entre la sustancia muscular, ó bien en el interior del órgano. En el primer caso se llaman extra-uterinos ó sub-cerosos, por estar bajo el peritoneo; en el segundo intersticiales, por desarrollarse entre la sustancia del útero; y los últimos intra-uterinos, por aparecer en el interior del órgano. En el 6º volúmen del «London Obstetrical Transactions», el Dr. Murray refiere un gran tumor desarrollado en el *os internum*.

Anatomía Patológica.—La estructura anatómica de estos tumores se compone de un tejido fibroso consistente é íntimamente enlazado; generalmente son duros y redondos; cuando se corta su superficie, se encuentra que son blancos ó pálidos. Bajo el microscopio se ve que están formados de fibras finas y largas, generalmente unidas en rollos; de fibras fusiformes análogas á los elementos fibro-plásticos, y de unos gránulos elípticos de tamaño pequeño, y todo está unido por una sustancia fina inter-celular. Consisten precisamente en elementos hypertrofiados del útero, á cuyo órgano son estrictamente homólogos; con frecuencia son rugosos y con un tejido granular, y contienen á veces una cavidad pequeña llena de sustancia calcárea, suero, gelatina, sangre ó pus. En muchos casos el tejido conectivo es el que predomina en su estructura, pero siempre hay un grado de hipertrofia muscular en conexion con su desarrollo. A menudo se forma un pedículo en la parte superior, lo cual da alguna movilidad al tumor.

Etiología.—Las causas que predisponen á esta enfermedad, son:

La raza; los africanos tienen una notable tendencia.
Edad, de treinta á treinta y cinco años.
Esterilidad.
Desórdenes de la menstruacion, de larga duracion.

Complicaciones.—Las complicaciones á que esta enfermedad da orígen, son:

Endometritis.
Dislocaciones del órgano.
Cystitis.
Obstruccion del recto.
Hemorroides.
Peritonitis pelviana.
Hiperplasia areolar.
Atrofia de las paredes uterinas.

Síntomas.—Los síntomas que caracterizan la existencia de fibroides son muchos; enumeraré solamente aquellos que son más prominentes:

Menorragia ó metrorragia.
Irritabilidad de la vejiga y del recto.
Dolor en toda la pelvis.
Tenesmos uterinos.
Leucorrea abundante.
Dismenorrea.
Síntomas de presion en los nervios y vasos crurales.
Escurrimientos acuosos y fétidos.

Estos síntomas se refieren especialmente á los fibroides intra-uterinos: los tumores extra-uterinos ó sub-cerosos y los intersticiales, no van acompañados de estos síntomas, aunque pueden tener algunos de ellos.

Diagnóstico.—Con este catálogo de síntomas, el diagnóstico se hace muy sencillo. Cuando el tumor es grande, el exámen abdominal y el exámen *por la vagina*, indudablemente hacen el diagnóstico claro y positivo. Para explorar la cavidad del útero, debe dilatarse completamente el cuello por medio de esponjas preparadas, é inmediatamente despues de removidas, el dedo índice se introducirá hasta la cavidad: entonces se sentirá una masa dura y unida á las paredes del útero; la cápsula en que están envueltos, generalmente es delgada y tersa.

Este es el método que observan Atlee, Sims y Thomas, de Nueva-York.

Sobre el diagnóstico diferencial, diré que son pocas las enfermedades con las cuales se pueden confundir, y la clasificacion es clara. Segun el Dr. Thomas, son:

Celulitis peri-uterino.
Hematocele pelviano.
Anteflexion ó retroflexion.
Tumores de los ovarios.
Depósito de excrementos en el recto.

El tumor formado por la celulitis es generalmente inamovible, demasiado doloroso, acompañado de fiebre, y aparece repentinamente. Un fibroide tiene precisamente los síntomas opuestos.

El hematocele aparece repentinamente con síntomas violentos: el tumor es doloroso é inamovible; al principio semi-fluido y acompañado de tympanitis. Los fibroides no manifiestan tales síntomas.

La flexion ó retroflexion se pueden determinar simplemente con la sonda uterina, y el exámen per recto.

Demasiado difícil es diferenciarlos de los tumores del ovario, especialmente cuando el tumor ovárico está íntimamente unido con el útero; pero baste decir que generalmente estos tumores (ováricos), pueden moverse sin afectar la posicion del útero.

Los depósitos en el recto son fáciles de descubrirse; introduciendo el dedo índice se toca la materia fecal dura y movible, y además esta clase de tumores no afectan el útero.

Pronóstico.—Con referencia al pronóstico, debo decir que con dificultad se puede dar uno bien positivo. Mucho depende de la condicion de la paciente y el tamaño del tumor; creo innecesario manifestar además lo que contribuye la destreza y habilidad del cirujano.

Estos tumores fibroides son capaces de sufrir una metamórfosis anatómica; bien sea un reblandecimiento mucoso, una infiltracion cerosa

ó bien una calcificacion. Tambien son susceptibles de ulceraciones superficiales, las cuales generalmente son la causa de constantes y terribles hemorragias.

Tratamiento.—El tratamiento de esta clase de tumores puede ser paliativo ó curativo. Con el primero logramos aliviar á la paciente de los síntomas que los caracterizan, como son las dislocaciones y hemorragias; con el segundo se salva á la enferma de una afeccion dolorosa y fatal. Para las anteflexiones y retroflexiones se recurre á los pesarios, con lo cual se logra sostener el órgano é impedir así los efectos de presion en los adyacentes y en los vasos y nervios vecinos. Para contener las hemorragias se usará un tapon de algodon saturado de una solucion de alumbre, y se introducirá en la cavidad del útero.

El Dr. Nélaton inventó el método de contener las hemorragias por medio de algunas incisiones en el cuello del útero. Es casi inexplicable este procedimiento, pero positivamente tiene una influencia notable en la hemorragia.

El tratamiento radical ó curativo requiere una operacion quirúrgica; pero para esto es necesario atender á dos circunstancias: 1.ª Examinar si el tumor está colocado de tal manera que sea fácil y accesible. 2.ª Si la enfermedad amenaza la vida de la paciente.

Los tumores fibroides, ya sean extra-uterinos, intersticiales ó intra-uterinos, pueden varias veces ser tratados de la manera siguiente:

Por resolucion.
Excision.
Machacamiento *(Ecrasement).*
Enucleacion.
Gastrotomía.

El tratamiento médico para producir la resolucion, consiste en el ioduro ó bromuro de potasio y las aguas minerales de Kissingen, Kreuznack y Krankenheil, segun recomienda Niemeyer; pero Scanzoni dice con toda franqueza: «No recuerdo un solo caso en que el

tratamiento médico haya producido un resultado favorable.» Así es que muy poco crédito deben merecer los medicamentos indicados.

El método de excision se puede aplicar solamente en casos en que el tumor está situado cerca del *os internum;* entonces se dilatará la *cervix* y con el forceps de Nélaton se comenzará á arrancar pedazo por pedazo, hasta que el tumor quede completamente destruido; concluida esta operacion, se aplicarán estípticos para impedir la hemorragia.

M. Chassaignac, de Paris, inventó un instrumento que se llama *(écraseur)* constrictor, el cual, despues de haber dilatado el cuello se introduce en la cavidad del útero y se laza el tumor por el pedículo; despues, gradualmente se corre la cadena, y en pocos momentos el tumor se separa del pedículo. La ventaja de este procedimiento es que se evita la hemorragia; pero no siempre los tumores tienen un pedículo, y por esta razon el método de machacamiento, muchas veces no está indicado.

La Enucleacion fué primero señalada por Velpeau y practicada en 1840 por M. Amussat; desde entonces la operacion ha sido varias veces empleada por muchos cirujanos, entre los cuales se han notado por su buen éxito Sims y Atlee, de los Estados-Unidos. En el tomo 9º de la *Gaceta Médica de México,* se encuentra un artículo que el Dr. Mauricio Flores leyó á la Academia de Medicina de esta Capital, incluyendo la traduccion de un opúsculo que mi maestro el Dr. Marion Sims publicó sobre fibroides intra-uterinos. Este opúsculo, de suyo importante, manifiesta claramente los adelantos rápidos que se han hecho en este ramo de la cirujía, y especialmente habla muy alto de la habilidad y destreza del autor.

El método de operar por la Enucleacion, es como sigue:

1.º El cuello del útero debe dilatarse completamente por medio de *(sponge tents)* ó esponjas preparadas; si este no estuviese bien dilatado, se harán con unas tijeras tres cortes en el cuello del útero, como lo practican Sims y Thomas.

2.º La vagina estando dilatada con el espéculum de Sims, se agar-

rará el tumor con un forceps dentado y se harán tracciones hácia adelante; entonces se verifica una incision pequeña en la cápsula.

3.º El dedo índice se introducirá entre el tumor y la cápsula por la incision hecha, con el objeto de separar las adherencias que haya, moviendo el tumor en todas direcciones hasta lograr separarlo de la cápsula; esta debe dejarse adherida á las paredes del útero y cortarse para separarla por todo su derredor, muy cerca de los bordes del cuello.

Despues de enucleado el tumor, deben removerse los coágulos de sangre y lavarse con agua tibia la cavidad del útero y la vagina; en seguida se llenará la cavidad del útero con un poco de algodon saturado en una solucion de subsulfato de hierro, como lo practica Sims. A las veinticuatro horas se quitarán los algodones, ó antes si algun síntoma de septicimia se hubiese manifestado. Despues se harán inyecciones desinfectantes; el permanganato de potasa es preferido, por no tener el desagradable olor que el ácido carbólico; la solucion se hará de dos dracmas en una pinta de agua, (460 gramos 24 centígramos). Si la paciente estuviese muy anémica por la pérdida de sangre en la operacion ó en las hemorragias anteriores, se usarán los tónicos y corroborantes. El citrato de fierro y quinina es más usado.

La operacion por gastrotomía fué primeramente ejecutada en 1613 por un cirujano polaco llamado Gruger, en un muchacho que se habia tragado una navaja pequeña: la operacion tuvo un resultado feliz. Shoval la repitió en 1635. Las condiciones que favorecen el buen resultado de esta operacion, son: 1º que el tumor sea extra-uterino y no muy grande ni esté adherido á los órganos adyacentes: 2º que tenga un pedículo bien desarrollado. Segun la estadística del Dr. Storer, esta operacion se ha ejecutado en los Estados-Unidos veinticuatro veces, de las cuales diez y ocho dieron un resultado fatal, lo que equivale á decir que en gastrotomía un veinticinco por ciento se salvan.

Cuando el tumor extra-uterino está íntimamente unido al útero,

la extirpacion de este órgano es absolutamente necesaria. Esta operacion fué primeramente practicada por Sir Charles Clay, en 1843. Despues ha sido practicada varias veces en Inglaterra, Francia y los Estados-Unidos.

Segun la estadística de M. Pèan, la operacion ha sido ejecutada en

	Operaciones.	Muertes.
Inglaterra	11	9
América	11	7
Francia	18	7

Segun esta tabla, las curaciones en Inglaterra, América y Francia, son respectivamente de un 18, 36 y 61 por 100.

En México tambien ha sido practicada esta operacion con un resultado feliz. Mi distinguido amigo el Dr. Mañuel S. Soriano me ha favorecido con el siguiente apunte.

«En el año de 1864 fuí á Zumpango de la Laguna con objeto de tener una consulta con el Sr. Dr. Miranda, quien asistia al Sr. Malanco, enfermo de púrpura. Como cosa notable me presentó á su señora, operada hacia tiempo en México por el Dr. Chassain, quien le habia extirpado completamente el útero, quedando solo un fondo de saco en el lugar en que la vagina se inserta al cuello. Este es el único caso que yo conozco de tal operacion hecha en México.—*M. S. Soriano.*»

Como se ve en las estadísticas precedentes, la mortalidad en extirpaciones del útero es grande; pero es razonable esperar que en lo sucesivo esta mortalidad disminuya á medida que los estudios y las observaciones quirúrgicas prosigan dando resultados ventajosos.

El procedimiento para extirpar el útero es como sigue:

El dia anterior á la operacion la enferma deberá tomar un laxante, y unas pocas horas antes de la operacion se le administrarán unas lavativas de agua tibia y jabon. Puesta bajo la influencia de un anestésico (el éter sulfúrico generalmente), se evacuará la vejiga por medio de una sonda; hecho esto se procederá á la operacion, comenzando

por hacer una incision recta, dos pulgadas abajo del ombligo hasta una arriba de la sínfisis pubiana: esta incision cortará la piel y el tejido adiposo, y entonces se llegará á las capas fibrosas de los músculos rectos: este tejido fibroso se agarrará con un tenáculo, y con unas tijeras se cortará un pedacito, suficiente para introducir una sonda acanalada, y sobre ella se cortará este tejido, haciendo la incision del mismo tamaño que la hecha con el bisturí. Habiendo cesado la hemorragia, se procederá á abrir el peritoneo, lo cual se hará lo mismo que con el tejido fibroso del músculo recto; se agarrará con el tenáculo, y con las tijeras se hará la pequeña incision para introducir la sonda acanalada: una vez cortado el peritoneo, se llega á la cavidad abdominal. Los intestinos se apartarán á un lado, y la mano del operador se introducirá en la cavidad de la pélvis para tomar el útero.

Hecho esto, se procederá á separarlo de los órganos adyacentes, comenzando primero por cortar los dos ligamentos anteriores vésico-uterinos; despues los dos posteriores recto-uterinos; entonces se cortará el ligamento ancho, procurando hacerlo cerca de las paredes laterales de la pélvis; y por último, se procederá á separar el útero de la vagina. Esto verificado, la operacion está concluida. Se lavará bien la cavidad de la pélvis con una solucion suave de subsulfato de fierro, para dominar la hemorragia, evitando dejar coágulos en dicha cavidad. Despues se reunirá la herida poniendo cinco puntos de sutura. Siempre es bueno hacer á la enferma una inyeccion hipodérmica de morfina, cinco mínimos de la solucion de Magendie. Con esto se logra entorpecer el movimiento peristáltico de los intestinos, y se modera tambien la inflamacion del peritoneo. La enferma se mantendrá quieta, y se le administrará leche y té de carne.

Los accidentes que generalmente producen un resultado desfavorable, son:

Hemorragia.
Peritonitis.
Septicemia.

De estos accidentes, la peritonitis y la septicemia dependen generalmente del poco aseo en la cavidad de la pélvis despues de la operacion. Así es que mucho cuidado se debe tener con los coágulos.

*
* *

He procurado hacer un tratado conciso y completo, en cuanto es posible, de los tumores Myo-Fibromata del útero; y aunque el asunto es poco conocido, y por consiguiente poco se ha escrito sobre la materia, he logrado sin embargo consultar algunos autores, y he hecho referencia á mis observaciones cuando era asistente de la clínica de enfermedades de mujeres en el Woman's, Hospital de Nueva-York, bajo la direccion del Dr. Marion Sims.

La práctica de la operacion de fibroides del útero es relativamente nueva entre nosotros, y su estudio es hoy una necesidad urgente. Hagamos que nuestros constantes estudios y observaciones sean de algun recurso para aliviar las monstruosas enfermedades peculiares al bello sexo.

México, Agosto 17 de 1876.

M. A. Alvarez.